

УДК 616.314-089.583.29-74

*О.В. Митченко***КЛІНІЧНІ ПРИКЛАДИ ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО РЯДУ  
З УРАХУВАННЯМ ОКЛЮЗІЙНИХ ЗМІН**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** У роботі представлені найчастіші причини, які виникають при ортопедичному лікуванні з деформацією зубних рядів та порушенням функціональної оклюзії. При створенні штучних зубних рядів під час протезування необхідно зважати на те, яким чином вікові зміни наявних дефектів зубних рядів впливають на оклюзійні зміни, пов'язані з іншими елементами зубощелепної системи. Клінічні приклади виписок з

історій хвороб, які наведені нами, вказують на ортопедичне лікування різними ортопедичними конструкціями без урахування артикуляційних контактів при відновленні зубного ряду, що призвели до ускладнень.

**Ключові слова:** оклюзія, артикулятор, мостоподібні ортопедичні конструкції.

**Вступ.** Часткові дефекти зубних рядів є однією з найбільш поширених причин патологічних змін зубощелепного апарату. За даними [1, 2, 4], розповсюдженість дефектів зубного ряду коливається від 4 % до 57 % у молодому віці і сягає 91 % в осіб літнього віку. Серед причин втрати постійних зубів останнім часом усе більшого значення надають поєднанню дій декількох етіологічних чинників, серед яких найбільше значення мають: структурна неповноцінність емалі і дентину та підвищене оклюзійне навантаження на зуби і несвочасне звернення пацієнтів з приводу лікування каріозних та некаріозних пошкоджень зубів [4]. Перший чинник може бути зумовлений генетичними особливостями будови цих тканин, розладами процесу обміну речовин, захворюванням шлунково-кишкового тракту, нейродистрофічними і ендокринними порушеннями, що супроводжуються неповноцінною кальцинацією твердих тканин зубів, другий – патологія оклюзії, втрата багатьох зубів, помилками при ортопедичному лікуванні, особливості функції жувальних м'язів, наприклад, парадункція [4, 5]. Відсутність оклюзійного контакту між зубами антагоністами веде до зміщення зубів. Найчастішою причиною невдач при ортопедичному лікуванні є деформації зубних рядів і порушення функціональної оклюзії [2, 3]. При створенні штучних зубних рядів під час протезування необхідно зважати на те, яким чином вікові зміни параметрів оклюзійних поверхонь впливають на процеси жування та пов'язані з іншими елементами зубо-щелепної системи. Вивчення таких зв'язків є актуальною проблемою ортопедичної стоматології [4, 2, 6].

Отже, є актуальним більш детальне вивчення оклюзійних порушень при дефектах зубних рядів з вибором найбільш оптимального методу відновлення оклюзійної дуги.

**Мета дослідження.** Порівняти клінічні приклади на основі історій хвороб пацієнтів, яким проводили ортопедичне лікування для відновлення дефектів зубних рядів, що виникли внаслідок некоректного ортопедичного лікування.

**Матеріал і методи.** В об'єкт дослідження взято пацієнтів, яким проведено клінічні та лабо-

раторні методи обстеження. Групу створили 76 пацієнтів (27 жінок та 46 чоловіків) віком від 21 до 65 років з односторонніми дефектами зубних рядів. На підставі анамнезу визначали: відчуття скутості та біль у жувальних м'язах, обсяг відкривання рота, біль та клацання у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) під час відкривання або закривання ротової порожнини, та біль в інших ділянках голови.

При об'єктивному обстеженні проводили пальпацію жувальних м'язів, а також СНЩС з метою встановлення больових відчуттів. Визначали характер відкривання рота та величину вертикального і горизонтального різцевих перекриттів. У порожнині рота встановлювали наявність зубощелепних деформацій, рухомість зубів, ступінь пошкодження їх оклюзійної поверхні, аналізували оклюзійні контакти, використовуючи артикуляційний папір товщиною 8 мкм, а також воскові оклюдограми. Оцінювали стан ортопедичних конструкцій.

У напіврегульовальному артикуляторі типу Argon (фірми Grrbahr) досліджували діагностичні моделі щелеп для виявлення та оцінки оклюзійних контактів, супраконтактів, співвідношення щелеп у різних площинах та при різних рухах нижньої щелепи.

Статистичну обробку одержаних даних проводили загальноприйнятими методами з використанням комп'ютерної програми StatSoft Statistica 6.0 Microsoft Excel 2003.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На основі проведених досліджень нами встановлені зміни оклюзійної дуги. Для більш ефективної люстрації наводимо виписки з історії хвороби у вигляді клінічних прикладів.

**Приклад 1.** Історія хвороби № 34.

Пацієнтка М., 48 років, звернулася зі скаргами на біль в ділянці суглоба праворуч при прийомі їжі, внаслідок неодноразового порушення фіксації зубних конструкцій на нижній щелепі.

Об'єктивно: відсутність перших і других молярів на нижній щелепі праворуч. Наявна коронка на першому нижньому премоларі праворуч з консольною ортопедичною конструкцією. Змі-

щення вертикально вниз верхнього другого моляра праворуч, який створює оклюзійні перешкоди в лівій бічній і передній оклюзії.

При оцінці амплітуди рухів нижньої щелепи, за допомогою графічної реєстрації рухів нижньої щелепи, встановлено зменшення рухів нижньої щелепи вліво, змінення шляху переднього руху вправо, оклюзійні рухи вліво. При цьому лінія центрального співвідношення розташована по центральній сагітальній лінії пластинки функціографа, що свідчить про відсутність центричних порушень оклюзії по трансверзалі.

На томограмах СНЩС при зімкнутих зубних рядах спостерігається звуження міжсуглобової щілини справа. При вивченні діагностичних моделей щелеп встановили вертикальне переміщення верхніх правих молярів у бік відсутніх антагоністів. Також намічений рівень вкорочення коронкової частини зубів. Другий верхній моляр праворуч при контакті з нижнім моляром створює оклюзійні перешкоди в передній оклюзії. Встановлений діагноз: дефект зубного ряду, вторинна часткова адентія нижньої щелепи, деформація оклюзійної поверхні верхнього зубного ряду справа, оклюзійна інтерференція на зміщених молярах праворуч у лівій бічній і передній оклюзіях, включений дефект зубного ряду нижньої щелепи справа, м'язово-суглобова дисфункція.

Пацієнту запропоновано зняття консольного протеза, депульпування верхніх правих молярів і їх вкорочення за рахунок спилування коронкової частини зуба. Потім був виготовлений тимчасовий мостоподібний протез для нижньої щелепи справа.

В артикуляторі при моделюванні коронок і проміжної частини мостоподібного протеза усунені оклюзійні перешкоди. Після користування тимчасовою ортопедичною конструкцією пацієнт відмітив зручність при жуванні, після чого виготовляли постійну конструкцію. Спостереження проведені протягом року, скарг пацієнт не пред'являв стосовно усунутих дефектів.

#### **Приклад 2. Історія хвороби № 38.**

Наводимо приклад, в якому допущена помилка при ортопедичному лікуванні, де не була усунена деформація зубних рядів. Не проведено визначення оклюзії в артикуляторі при виготовленні ортопедичної конструкції. У результаті проведеного лікування лікарем-ортопедом близько двох років тому виникли больові відчуття в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів.

Пацієнтка К., 43 років, звернулася зі скаргами на больові відчуття при жуванні в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба, що виникли після фіксування мостоподібних протезів. Спочатку відчувалося незручність при вживанні їжі, потім з'явилися больові відчуття. При обстеженні

встановлено, що є три мостоподібних протези на кожній щелепі. Феномен Попова-Годона наявний у ділянці молярів праворуч. У зв'язку з обмеженням рухів нижньої щелепи в порожнині рота не вдалося перевірити функціональну оклюзію. На моделях щелеп, встановлених в артикулятор, виявлені суперконтакти в центральному співвідношенні щелеп (у задній контактній позиції), гіпербалансуючий суперконтакт правих молярів у лівій бічній оклюзії, суперконтакт правого верхнього центрального різця в передній оклюзії. У результаті чого функцію жування можливо було проводити тільки на правому боці (зі слів хворої). Бічні рухи нижньої щелепи різко обмежені у вертикальному напрямку. Лікування проводилося в кілька етапів: фізіотерапія для зменшення больового відчуття, зняття всіх наявних ортопедичних конструкцій, усунення суперконтактів, виготовлення оклюзійних шин. Після зменшення больових відчуттів та відновлення рухів нижньої щелепи визначали центральну оклюзію за допомоги воскових прикусних шаблонів з прикусними валиками. В артикуляторі виготовляли металокерамічні мостоподібні протези на верхню і нижню щелепу з урахуванням рухів нижньої щелепи.

#### **Висновок**

Наведені приклади свідчать про некваліфіковане ортопедичне лікування різними ортопедичними конструкціями без врахування артикуляційних контактів при відновленні зубного ряду.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші наші дослідження будуть спрямовані на помилки, які виникають при ортопедичному лікуванні пацієнтів із деформацією зубних рядів та порушенням функціональної оклюзії.

#### **Література**

1. Николаев Ю. Внутриворотная починка цельнокерамических конструкций и сколов облицовочного покрытия металлокерамических протезов / Ю. Николаев // Клин. стоматол. – 2008. – № 2. – С. 56-58.
2. Greenberg I.R. VMK-Klebe-bruckentechnik / I.R. Greenberg // Teamwork. – 2007. – Vol. 10, № 3. – P. 309-311.
3. Трезубов В.Н. Клиническая оценка качества зубных протезов различных конструкций / В.Н. Трезубов, О.Н. Сопронова, Л.Я. Кусевский // Панорама ортопед. стоматол. – 2007. – № 3. – С. 14-16.
4. Малый А.Ю. Клинико-эпидемиологический анализ результатов лечения несъемными конструкциями пациентов с частичным отсутствием зубов / А.Ю. Малый // Стоматология. – 2006. – № 5. – С. 56-59.
5. Дорошенко Е.Н. Новые аспекты в лечении повышенной чувствительности твердых тканей зубов при подготовке их к протезированию / Е.Н. Дорошенко // Вісн. стоматол. – 2006. – № 2. – С. 111-112.
6. Левин Б.В. Характер препарирования клыка верхней челюсти под керамическую коронку в зависимости от места формирования придесневого уступа / Б.В. Левин // Укр. стоматол. альманах. – 2008. – № 1. – С. 18-20.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА С УЧЁТОМ ОККЛЮЗИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

*А.В. Митченко*

**Резюме.** В работе представлены наиболее часто появляющиеся причины, которые возникают при ортопедическом лечении с деформацией зубных рядов, а также нарушением функциональной окклюзии. При замещении дефектов зубных рядов во время протезирования необходимо обращать особое внимание на то, каким образом возрастные изменения наявных дефектов зубных рядов влияют на окклюзионные изменения, которые связаны с другими элементами зубочелюстной системы. Клинические примеры историй болезней, которые были представлены нами, указывают на ортопедическое лечение различными ортопедическими конструкциями без учёта артикуляционных контактов при восстановлении зубного ряда, которые привели к осложнениям.

**Ключевые слова:** окклюзия, артикулятор, мостовидные ортопедические конструкции.

## CLINICAL EXAMPLES OF THE REPLACEMENT DENTITION DEFECTS BASED ON OCCLUSAL CHANGES

*O.V. Mitchenok*

**Abstract.** This paper presents the most frequent reasons that arise in the treatment of orthopedic deformities of dentition and a violation of functional occlusion. When creating artificial dentition with the prosthesis it is necessary to take into account the fact how age-related changes of existing dentition defects affect the occlusal changes associated with other elements of the dentoalveolar system. Clinical examples of case histories which were presented by us indicate to orthopedic treatment with different orthopedic constructions without articulatory contacts when restoring dentition which led to complications.

**Key words:** occlusion, articulator, bridge prostheses.

Bukovinian State Medical Universiti (Cernivtsi)

Рецензент – доц. Р.А. Левандовський

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 78-80

Надійшла до редакції 21.07.2014 року

© О.В. Митченко, 2014

УДК 616.1+616.61]-008.6-092:612.017.1:[616.12-008.64-036.12+616.379-008.64]

*А.В. Наріжна, П.Г. Кравчун, Н.Г. Риндіна*

## ЦИТОКИНОВИЙ СТАТУС І МАТРИКСНА МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗА-9 У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Харківський національний медичний університет

**Резюме.** Метою дослідження є оцінити наявність та характер зв'язків між цитокіновим статусом на підставі визначення прозапального ІЛ-1 $\beta$ , протизапального ІЛ-10, функціональним станом нирок і індикатором фібролізу металопротеїнази (ММР)-9 у пацієнтів із кардіоренальним синдромом (КРС) на тлі хронічної серцевої недостатності (ХСН) і цукрового діабету (ЦД) 2-го типу. Встановлено, що дисбаланс у роботі системи цитокінів асоціюється з гіперактивністю антифібротич-

ного фактора ММР-9 у пацієнтів із КРС на тлі ХСН і ЦД 2-го типу. Високі рівні ММР-9 залучені до порушень функціонального стану нирок, що більшою мірою проявляється у змінах тубулоінтерстиціального компонента, меншою – канальцевого.

**Ключові слова :** хронічна серцева недостатність, цукровий діабет, кардіоренальний синдром, фібротичні і антифібротичні фактори.

**Вступ.** Згідно з результатами досліджень до факторів, які мають негативний вплив на прогноз, відносять наявність супутніх захворювань. Коморбідним станом, який найбільш часто трапляється у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН), – є цукровий діабет (ЦД) [6, 8]. За результатами дослідження, яке включало більше 1 млн дорослого населення США, ХСН та ЦД незалежно один від одного збільшують ризик

смерті на 50-100 % [2]. Silverberg із співавторами стверджують, що взаємовідносини між серцем та нирками є взаємно спрямованими [12]. Такі відносини було описано в рамках кардіоренального синдрому (КРС) [4].

У пацієнтів із ХСН і діабетичним ураженням нирок визначається висока активність маркерів імунзапалення за рахунок прозапальної цитокінової ланки, що детально описано нами в поперед-